

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

支給決定障害者等氏名		受給者証番号	
フリガナ			
		生年月日	
		昭・平・令	年 月 日

利用者負担上限額管理を依頼（変更）した事業者

上記の者より、 年 月 日にあった利用者負担上限額管理の件につきましては、責任をもって利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。

上限額管理事業所 所在地及び連絡先

上限額管理事業者及びその事業所の名称 印

事業所を変更する場合の事由等	変更年月日	年 月 日
----------------	-------	-------

※事業所を変更する場合は必ず記入してください

変更前の事業所への連絡（ ☐ 済 ☐ 未済）

（提出先）

八街市福祉事務所長 様

上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限額管理を依頼することを届出します。

また、利用者負担の上限額の管理のため、私にサービスを提供した事業所が、上記届出事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

住所

氏名（保護者名） 電話

市町村

確認欄

○はじめにお読みください○

この「届出書」は、現在利用している障害福祉サービスにおいて

1 複数の事業所を利用している方

2 複数のサービスを利用している方

3 同一世帯内で、サービスを利用している児童が複数いる世帯の方

など、ひと月当たりの負担上限額を超えないように、負担額の管理を一つの事業所に依頼するものです。依頼する事業所は、原則として契約日数の多い事業所から選ぶこととなります。

依頼する事業所に太枠内を記入・捺印してもらった上で、その他の欄については、本人（保護者）が記入してください。

・利用者負担の上限額を依頼する事業所を変更する場合は、変更日時を記入の上、八街市障がい福祉課へ提出してください。

・この届出書の提出がない場合は、利用者負担額を一旦、全額負担していただくことがあります。